

ORIGINAL ARTICLE / ORIJİNAL MAKALE

# Evaluation of the relationship of chronic disease, multimorbidity and quality of life at primary health care centers

Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi

 Didem Oktar<sup>a</sup>,  Cüneyt Çam<sup>a</sup>,  Sevil Akbulut Zencirci<sup>a</sup>,  Hatice Aygar<sup>a</sup>,  
 Gökçe Dağtekin<sup>a</sup>,  Seval Çalışkan Pala<sup>a</sup>,  Muhammed Fatih Önsüz<sup>b</sup>,  Selma Metintaş<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Arş. Gör. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Odunpazarı, Eskişehir, Turkey.

<sup>b</sup> Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Odunpazarı, Eskişehir, Turkey.

<sup>c</sup> Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Odunpazarı, Eskişehir, Turkey.

Received: 07.07.2020, Accepted: 19.04.2021

## ABSTRACT

**Objective:** Since chronic diseases and multimorbidity require long-term treatment and follow-up, it brought up the evaluation of the quality of life in the management and follow-up of patients. The aim of the study was to evaluate the relationship between chronic disease and multimorbidity and quality of life in adults. **Method:** The study is a cross-sectional type of research conducted in adults who applied to the Family Health Centers (FHC) in Eskişehir. The study data were obtained through questions of sociodemographic characteristics, risky health behaviors and the presence of chronic diseases diagnosed by physicians and a questionnaire consisting of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire-8 (EUROHIS-OQL-8) scale. Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Multiple Linear Regression Analysis were used to analyze the data. **Results:** Among the 2324 people who participated in the study, the most frequently reported physician-diagnosed chronic disease was hypertension (33.3%). After adjusting for the effect of factors related to the quality of life in the multiple linear regression, it was found that except for the subdomain money and the conditions of the living place the quality of life was negatively related to the presence of chronic disease. The quality of life was also negatively affected in all of the chronic diseases mentioned excluding hyperlipidemia. **Conclusion:** It was found that chronic disease and multimorbidity are an important problem that reduces the quality of life. It was concluded that it is important to consider quality of life in chronic disease management and follow-up in primary health care institutions.

**Keywords:** Chronic disease, quality of life, multimorbidity, primary health care services

**Correspondence:** Didem OKTAR, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Odunpazarı, Eskişehir, Türkiye. **E-mail:** ddmoktar@hotmail.com. **Tel:** +905434565682

**Cite This Article:** Oktar D, Çam C, Akbulut Zencirci S, Aygar H, Dağtekin G, Çalışkan Pala S, Önsüz M.F, Metintaş S. Birinci Basamakta Kronik Hastalık, Multimorbidite Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Değerlendirilmesi. Turk J Public Health 2021;19(2): 116-128.

©Copyright 2021 by the Association of Public Health Specialist (<https://hasuder.org.tr>)

Turkish Journal of Public Health published by Cetus Publishing.



Turk J Public Health 2021 Open Access <http://dergipark.gov.tr/tjph/>

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

## ÖZ

**Amaç:** Kronik hastalık ve multimorbiditenin uzun süreli tedavi ve takip gerektirmesi, hastaların yönetilmesi ve izleminde yaşam kalitesinin değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Çalışmada yetişkinlerde kronik hastalık ve multimorbiditenin yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Çalışma, Eskişehir’de hizmet veren Aile Sağlığı Merkezleri(ASM)’ne başvuran yetişkinde gerçekleştirilen kesitsel tipte araştırmadır. Çalışma verileri, sosyodemografik özellikler, riskli sağlık davranışları ve hekim tanıli kronik hastalık varlığını sorgulayan sorular ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi-8(EUROHIS-OQL-8) ölçeğinden oluşan anket formuyla elde edildi. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Çoklu Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 2324 kişi arasında en sık bildirilen hekim tanıli kronik hastalık hipertansiyon (%33.3) idi. Yapılan çoklu lineer regresyon modelinde yaşam kalitesiyle ilişkili faktörler kontrol edildiğinde, yaşam kalitesinin para ve yaşanılan evin koşulları dışındaki alt boyutların kronik hastalık varlığıyla negatif yönde ilişkili olduğu bulundu. Hiperlipidemi dışında belirtilen kronik hastalıkların tümünde, yaşam kalitesinin negatif yönde değişim gösterdiği saptandı. **Sonuç:** Kronik hastalık ve multimorbiditenin yaşam kalitesini azaltan önemli bir sorun olduğu bulundu. Aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık yönetim ve takibinde, yaşam kalitesinin de ele alınmasının önemli olduğu sonucuna ulaşıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, yaşam kalitesi, multimorbidite, aile sağlığı merkezi

## Giriş

Kronik hastalıklar; birey ve toplumsal düzeyde planlamalar gerektiren bir halk sağlığı önceliğidir.<sup>1</sup> Tıbbi bakım, koruyucu hizmet olanakları ve teknolojinin gelişmesiyle yaşam süresi uzamakta ve kronik hastalıklar ile yaşayan birey sayısı artmaktadır.<sup>2,3</sup> Kronik hastalık prevalansı arttıkça daha fazla sayıda insan tıbbi ve sosyal hizmete ihtiyaç duymakta, üretkenlik yılları kaybolmakta, refah azalmakta, sosyal ve ekonomik açıdan zayıflamaktadır.<sup>4,5</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre; dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biri olan kronik hastalıklar 2015 yılında 39 milyon (% 68.4) ölümden sorumlu iken, bu sayının 2030 yılında 52 milyona (%73.9) çıkacağını öngörülmektedir.<sup>6</sup> Türkiye’deki ölümlerin de %86’sını kronik hastalıklar oluşturmaktadır.<sup>7</sup>

Kronik hastalığı olan birçok insanın eşzamanlı birden fazla hastalık tanısı bulunmaktadır.<sup>8</sup>

Multimorbidite; iki veya daha fazla kronik hastalığın eşzamanlı oluşudur.<sup>2</sup> Genel popülasyonda multimorbiditenin yaşam kalitesine etkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir çoğu özellikli bir hastalık grubu veya belirli bir yaş aralığını kapsamaktadır.<sup>9,10</sup>

DSÖ’ne göre yaşam kalitesi bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde, hedefleri ve beklentileri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılamasıdır.<sup>11</sup> Kronik hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir.<sup>12</sup> Bu bağlamda, kronik hastalık yönetiminde amaç; mevcut tıbbi durumu iyileştirmek, semptomları azaltmak ve yaşam süresini uzatarak yaşam kalitesini arttırmak olarak belirtilmektedir.<sup>13</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetleri önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetler sunarak toplumdaki sağlık ve refahı en üst düzeye çıkarmayı hedefler.<sup>12</sup> Uzun süreli

klirik seyir ve tekrarlı ilaç reçetelendirme gerektiren kronik hastalıkların ASM'lerde takipleri önemlidir. Aile hekimlerinin yaşam kalitelerini de dikkate alan ortak bakım hedefleri belirlemeleri gerektiği düşünülmektedir. Çalışmada, Eskişehir'de ASM'lere başvuran 30 yaş üzeri bireylerin yaşam kalitelerinin kronik hastalık varlığı ve multimorbidite açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Çalışma, 2018 yılında Eskişehir ilinde hizmet vermekte olan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'ne başvuran 30 yaş ve üzeri erişkinlerde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Eskişehir il nüfusu, 2017 verilerine göre 860,620 olup, nüfusun %49,9'u erkek, %58.8'i 30 yaş ve üzerindedir. Otuz yaş ve üzeri nüfusun ise %48,6'sı erkektir. Nüfusun %90'ı il merkezinde yaşamaktadır.<sup>14</sup> Eskişehir ilinde toplam 73 ASM hizmet vermekte olup bu ASM'lerin 55 (%75.3)'i il merkezindedir.<sup>15</sup> Çalışmanın yapılabilmesi için etik onay ve gerekli idari izin alındı. Çalışmanın evrenini Eskişehir ilindeki ASM'lere başvuran 30 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu. Bununla birlikte ASM'lere kayıtlı olan tüm bireylerin çalışmanın yapıldığı süre içerisinde ASM'lere başvurup başvurmayacağı bilinmediği için evreni bilinmeyen örneklem hesaplama formülü kullanıldı. Minimum örneklem hacmi; güven aralığı %95, hata payı %3, kronik hastalık sıklığı %50 alınarak ve desen etkisi '2' kabul edilerek 2132 olarak hesaplandı. Çalışmada iki aşamalı örnekleme kullanıldı. Öncelikle çalışmaya alınan ASM'ler olasılıklı örnekleme yöntemlerinden küme örnekleme yöntemiyle seçildi. Her ASM bir küme olarak kabul edildi. İl merkezi ve kırsaldaki ASM sayısına orantılı olacak şekilde ve hesaplanan örneklem hacmi de dikkate alındığında çalışmanın 11 ASM'de yapılmasına karar verildi. Buna göre il merkezinden 9, kırsaldan 2 ASM basit rastgele örnekleme yöntemiyle kapalı bir zarf içindeki ASM isimleri kura ile seçildi. Çalışmanın devamında olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak, seçilen ASM'lere başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 30 yaş ve üzeri kişiler çalışmaya alındı. Çalışma grubunu oluşturanların %75.8'i il merkezinde, %24.2'si ise kırsaldaki ASM'lere başvuran bireylerden oluştu.

Çalışma süresince ASM'lere başvuran bireyler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alındı. Önceden hazırlanan anket formlar, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacılar tarafından dolduruldu. Bu işlem yaklaşık olarak 10-15 dakika sürdü.

Çalışmada veri toplanabilmesi için literatürden yararlanılarak çalışmanın amacına uygun bir anket formu hazırlandı.<sup>2,16-19</sup> Hazırlanan anket formunun birinci bölümünde bireylerin sosyodemografik özellikleri ve riskli sağlık davranışları ile ilgili sorular (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, hane halkı sayısı, gelir getirici bir işte çalışma durumu, aile gelir durumu, hekim tanımlı kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol tüketme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu) yer almaktaydı. Anketin ikinci kısmı ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi-8 (EUROHIS-QOL-8) soruları içermekteydi.

EUROHIS-QOL-8, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL) üretilmiş olan genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeği olup, türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Eser ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>18</sup> Toplamda 8 sorudan oluşan ölçeğin, 2'si genel soru olup ölçeğin cevapları beşli Likert tiptedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi, ikinci sorusu ise genel sağlık algılarını sorgulamakta olup; diğer 6 soru bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutları sorgulamaktadır. Ölçekten alınabilen puanlar 8-40 arasında değişmekte, alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı kabul edilmektedir.

Çalışmada günde en az 1 tane düzenli olarak sigara içenler "sigara içiyor" olarak değerlendirildi.<sup>20</sup> Bir önceki ay içerisinde alkollü içecek tüketenler alkol kullanıyor olarak kabul edildi.<sup>17</sup> Haftada en az 5 gün, günde en az 30 dk tempolu yürüyüş ve dengi fiziksel aktivite yapanlar 'düzenli egzersiz yapıyor' olarak kabul edildi.<sup>21</sup> Aile gelir durumu kişilerin kendi algılarına göre 'iyi', 'orta', 'kötü' olarak değerlendirildi. Daha önceden en az bir hekim tanımlı kronik hastalığı var olanlar, kronik hastalığı var

olarak kabul edildi. Verilerin elde edilmesinde katılımcıların beyanı esas alındı. Hekim tanılı kronik hastalık varlığı; olmayan, bir, iki ve üç ve daha fazla kronik hastalığı olan şeklinde 4 grupta toplandı. Katılımcılara en son ölçtükleri vücut ağırlığı ve boy uzunluğu soruldu. Buna göre hesaplanan vücut kitle indeksi 25'in altında olanlar normal, 25-29.9 arasında olanlar pre-obez, 30 ve üzerinde olanlar obez olarak kabul edildi.<sup>22</sup>

Çalışma verileri, SPSS (v15.0) programında değerlendirildi. EUROHIS-QOL-8 ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen puanların normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ve grafikler ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymamalarından dolayı tek değişkenli analizlerde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kronik hastalık ve yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirmede yaşam kalitesine etkili değişkenlere göre düzeltme (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, hane halkı nüfusu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, aile gelir durumu) çoklu lineer regresyon analizi ile yapıldı. Ölçekten elde edilen puanların dağılımı normal dağılıma uymadığından normal dağılıma yaklaştırmak amacıyla model oluşturmadan önce ölçek ve alt boyutları puanlarının logaritması alındı. EUROHIS-QOL-8 ölçeği ile kronik hastalık ilişkisini saptamak için yaşam kalitesiyle ilişkili (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, hane halkı nüfusu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, aile gelir durumu, sigara, alkol, düzenli egzersiz ve vücut kitle indeksi) değişkenler tek değişkenli analizle değerlendirildi. Birinci modelde her bir sosyodemografik özellik regresyon analizinde tek tek

değerlendirildi. İkinci modelde, birinci modelde anlamlı bulunan değişkenler birlikte analiz edildi. Bu riskli davranışlar için de tekrarlandı. Daha sonra üçüncü modelde her iki grupta anlamlı bulunan değişkenler ile regresyon analizi yapıldı. Son modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlere hekim tanılı kronik hastalık varlığı değişkeni eklenerek son regresyon modeli oluşturuldu. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### Bulgular

Çalışma grubu; 1030 (%44.4) erkek, 1294 (%55.6) kadın olmak üzere 2324 kişiden oluştu. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 30-88 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $\pm$ SS 53.85  $\pm$  13.54 yıl idi. Çalışma grubunun %48.0'i 45-64 yaş grubunda, %49.6'sının öğrenim durumu ilköğretim, %76.1'i evli, %84.5'i 4 ve altı az hanehalkı nüfusuna sahip, %63.4'ü gelir getirici bir işte çalışmadığını, %72.7'si aile gelir durumunu orta olarak belirtti. Araştırma grubundaki bireylerin EUROHIS-QOL-8'den aldıkları puan ortancası (min-max) 29(8-40) olup, ortalaması  $\pm$ SD 28.3  $\pm$  5.0 idi. EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden alınan puan bireylerin yaşları arttıkça ve öğrenim düzeyi azaldıkça düştüğü saptandı. Erkeklerde, bekârlarda, gelir getirici bir işte çalışanlarda, sigara ve alkol tüketenlerde, düzenli egzersiz yapanlarda, normal kiloda olanlarda EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden alınan puanın daha yüksek olduğu bulundu. Çalışma grubunda EUROHIS-QOL-8'den alınan puanların bireylerin hekim tanılı kronik hastalık durumları ve sosyodemografik özellikler ve riskli davranışlara göre

**Tablo 1.** Çalışma grubunda bireylerin sosyodemografik özellikler ve riskli davranışlara göre EUROHIS-QOL-8'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler Ve Riskli Davranışlar	n	%	EUROHIS-QOL-8 Toplam Puan	p
			Median (min-max)	
<b>Yaş Grubu</b>				
30-44	653	28.1	31 (9-40) <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001**</b>
45-64	1115	48.0	28 (8-40) <sup>b</sup>	
≥65	556	23.9	26 (8-40) <sup>c</sup>	

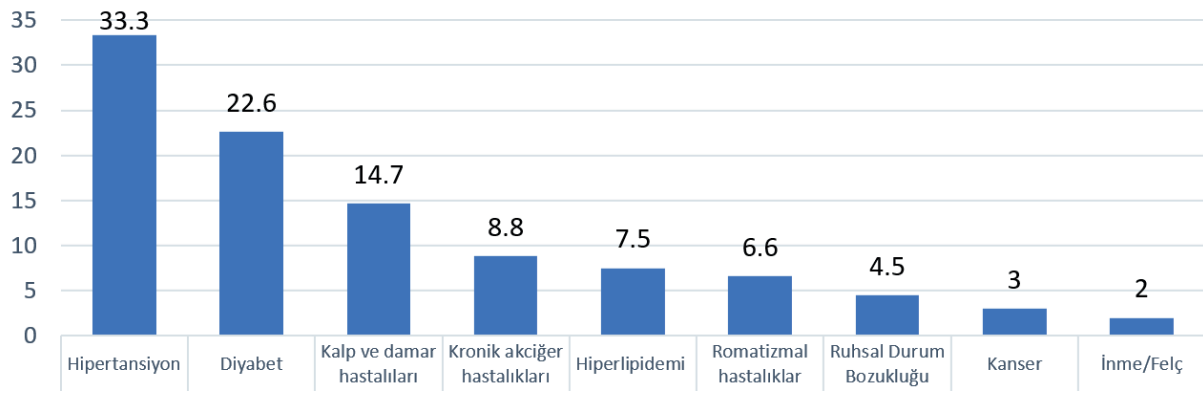
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	1030	44.3	29 (8-40)	<b>0.023*</b>
Kadın	1294	55.7	28 (8-40)	
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okulsuz	222	9.6	25 (11-39) <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001**</b>
İlköğretim	1154	49.6	28 (8-40) <sup>b</sup>	
Lise	593	25.5	30 (8-40) <sup>c</sup>	
Üniversite	355	15.3	31 (13-40) <sup>d</sup>	
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	190	8.2	30 (14-40) <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001**</b>
Evli	1768	76.1	29 (8-40) <sup>b</sup>	
Eşinden ayrı/Eşi ölmüş	366	15.7	26 (8-38) <sup>c</sup>	
<b>Hanehalkı Nüfusu</b>				
≤4	1963	84.5	29 (8-40)	0.786*
≥5	361	15.5	29 (11-40)	
<b>Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	1474	63.4	28 (8-40)	<b>&lt;0.001*</b>
Çalışıyor	850	36.6	30 (8-40)	
<b>Aile Gelir Durumu</b>				
Kötü	199	8.6	24 (8-38) <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001**</b>
Orta	1690	72.7	28 (8-40) <sup>b</sup>	
İyi	435	18.7	32 (16-40) <sup>c</sup>	
<b>Sigara</b>				
İçmiyorum	1505	64.8	28 (8-40)	<b>0.041*</b>
İçiyorum	819	35.2	29 (8-40)	
<b>Alkol</b>				
İçmiyorum	1960	84.3	28 (8-40)	<b>&lt;0.001*</b>
İçiyorum	364	15.7	30 (12-40)	
<b>Düzenli Egzersiz</b>				
Yapıyorum	568	24.4	30 (8-40)	<b>&lt;0.001**</b>
Yapmıyorum	1756	75.6	28 (8-40)	
<b>Vücut Kitle İndeksi</b>				
Normal	778	33.5	29 (9-40) <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001**</b>
Kilolu	1077	46.3	28 (8-40) <sup>b</sup>	
Obez	469	20.2	28 (8-40) <sup>b</sup>	

\*Mann Whitney U, \*\*Kruskall Wallis, a,b,c,d; Her kolonda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir (p<0.05)

karşılaştırılması Tablo 1 'de verildi. Çalışmaya katılanlar arasında en sık bildirilen hekim tanıli kronik hastalık öyküsü hipertansiyon olup; katılımcıların

773'ünde (33.3%) bulunmaktaydı. Çalışmaya katılan bireyler arasında en sık bildirilen hekim tanıli kronik hastalıkların dağılımı Grafik 1'de verildi.



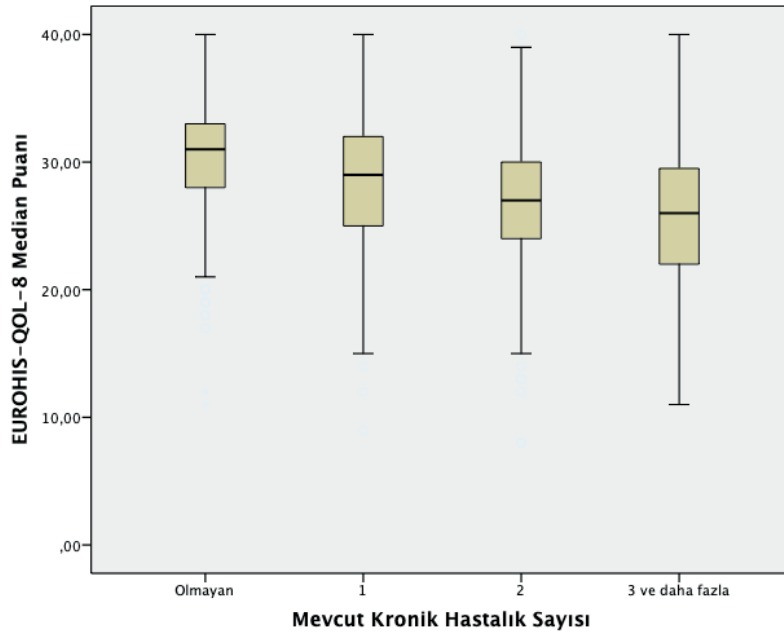


**Grafik 1.** Çalışma grubunda hekim tanıli kronik hastalıkların dağılımı

\*Katılımcıların birden fazla cevap vermesinden dolayı, sayılar verilen cevaplara göre oluşturulmuştur.

Hekim tanıli herhangi bir kronik hastalığı olanlar arasında kişi başına düşen kronik hastalık ortancası 2.0 (1-12) ve ortalaması  $1.93 \pm 1.36$  idi. Çalışma grubunu oluşturan bireylerde çoklu kronik hastalık varlığına bakıldığında 719(%30.9)'unun hiç kronik hastalığı bulunmazken, 764(%32.9)'ünün bir, 465(%20.0)'inin iki ve 376(%16.2)'sının üç ve daha fazla hekim tanıli kronik hastalığı bulunduğu saptandı. Hekim tanıli kronik hastalığı olan

bireylerde EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden alınan puanın, herhangi bir hekim tanıli kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu ve mevcut kronik hastalık sayısının artması ile EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden alınan puanın azaldığı saptandı ( $p < 0.001$ ). Çalışma grubunu oluşturanların EUROHIS-QOL-8 ölçeği maddelerinden aldıkları puan ile mevcut kronik hastalık sayısı arasındaki ilişki Grafik 2'de verildi. Çalışma grubunda kronik hastalığı olanlarda



**Grafik 2.** Çalışma grubunda çoklu kronik hastalık varlığı ile EUROHIS-QOL-8 ölçeği maddelerinden alınan toplam puanın karşılaştırılması

EUROHIS-QOL-8 ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan daha düşüktü. EUROHIS-QOL-8 ölçeği puan ortancası, tüm sosyodemografik özellikler ve riskli davranış durumlarında kronik hastalık varlığında anlamlı derecede

düşmekteydi. Çalışma grubundaki bireylerin hekim tanıli kronik hastalık durumlarına göre EUROHIS-QOL-8 sorularından aldıkları puanlar Tablo 2'de verildi. Yapılan çoklu lineer regresyon analizinde

**Tablo 2.** Çalışma grubundaki bireylerin hekim tanıli kronik hastalık durumlarına göre EUROHIS-QOL-8 sorularından aldıkları puanlar

EUROHIS-QOL 8 Soru	Hekim Tanılı Kronik Hastalık		p
	Yok	Var	
	Ortalama±SS (Ortanca)	Ortalama±SS (Ortanca)	
Genel Yaşam Kalitesi Algısı	3.5±0.8 (3.0)	3.2±0.8 (3.0)	<0.001
Genel Sağlık Algısı	3.8±0.8 (4.0)	3.2±0.9 (3.0)	<0.001
Enerji	4.0±0.8 (4.0)	3.4±0.9 (3.0)	<0.001
Günlük Yaşam Becerilerinden Hoşnut Olmak	4.0±0.8 (4.0)	3.4±0.9 (3.0)	<0.001
Kendinden Hoşnut Olmak	3.9±0.8 (4.0)	3.5±0.9 (4.0)	0.001
Diğer kişilerle Olan İlişkilerden Hoşnut Olmak	4.0±0.8 (4.0)	3.8±0.9 (4.0)	<0.001
Para	3.5±0.9 (3.0)	3.4±0.8 (3.0)	0.001
Yaşanılan Evin koşulları	3.7±0.9 (4.0)	3.6±0.8 (4.0)	<0.001
<b>Toplam</b>	<b>30.4±4.4 (31.0)</b>	<b>27.4±4.9 (28.0)</b>	<b>&lt;0.001</b>

ilişkili faktörler kontrol edildikten sonra kronik hastalık varlığında yaşam kalitesi skorunun anlamlı azalma  $\beta$ : -0.029 ( %95 GA: -0.037 ile -0.022) gösterdiği saptandı ( $R^2$ :0.222, F:110.362,  $p \leq 0.01$ ). EUROHIS-QOL-8 ölçeği alt boyutlarına da bakıldığında; genel yaşam kalitesi algısı ( $p=0.003$ ), genel sağlık algısı ( $p<0.001$ ), enerji ( $p<0.001$ ), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak ( $p<0.001$ ), kendinden hoşnut olmak ( $p<0.001$ ) ve diğer kişilerle olan ilişkilerden hoşnut olmak ( $p=0.012$ ) kronik hastalık varlığıyla negatif yönde ilişkili iken, para ( $p=0.307$ ) ve yaşanılan evin koşulları ( $p=0.819$ )'nda ilişki saptanamadı. Sonuç regresyon modelinde, kronik hastalık değişkeni dışında genel yaşam kalitesi algısı alt boyut puanıyla ilişkili faktörler olarak öğrenim ( $p=0.002$ ), gelir getirici bir işte çalışma ( $p=0.039$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ), alkol kullanımı ( $p=0.023$ ) ve egzersiz ( $p=0.003$ ) değişkenleri bulundu. Benzer olarak kronik hastalık değişkeni dışında genel sağlık algısı alt boyut puanıyla ilişkili faktörler olarak öğrenim durumu ( $p<0.001$ ), medeni durum ( $p=0.003$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve egzersiz ( $p<0.001$ ), enerji alt boyut puanıyla ilişkili

faktörler olarak yaş ( $p<0.001$ ), cinsiyet ( $p=0.008$ ), öğrenim durumu ( $p=0.002$ ), medeni durum ( $p=0.001$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve egzersiz ( $p<0.001$ ), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak alt boyutuyla yaş ( $p<0.001$ ), cinsiyet ( $p=0.025$ ), öğrenim durumu ( $p=0.025$ ), medeni durum ( $p<0.001$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve egzersiz ( $p<0.001$ ), kendinden hoşnut olmak alt boyutuyla ilişkili olarak medeni durum ( $p<0.001$ ), gelir getirici bir işte çalışma ( $p=0.003$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve egzersiz ve diğer kişilerle olan ilişkilerden hoşnut olmak alt boyutuyla ilişkili olarak medeni durum ( $p<0.001$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve sigara ( $p<0.001$ ) değişkenleri bulundu. Bununla birlikte kronik hastalık değişkeni dışında ölçek toplam puanı ile ilişkili faktörler olarak yaş ( $p=0.006$ ), öğrenim durumu ( $p<0.001$ ), medeni durum ( $p<0.001$ ), aile gelir durumu ( $p<0.001$ ) ve egzersiz ( $p<0.001$ ) değişkenleri bulundu. Çalışma grubunu oluşturanların EUROHIS-QOL-8 ölçeği maddelerinden aldıkları puan ile hekim tanıli kronik hastalık ilişkisini gösteren çoklu lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 3'de verildi. Yapılan çoklu lineer regresyon analizinde

**Tablo 3.** Çalışma grubunu oluşturanların EUROHIS-QOL-8 ölçeği maddelerinden aldıkları puan ile hekim tanıli kronik hastalık ilişkisini gösteren çoklu lineer regresyon analiz sonuçları

EUROHIS-QOL 8 Soru	Standardize olmayan beta	Standardize beta	p
	$\beta$ (%95 GA)	$\beta$	
Genel Yaşam Kalitesi Algısı	-0.016 (-0.027- -0.005)	-0.065	<b>0.003</b>
Genel Sağlık Algısı	-0.070 (-0.082- -0.057)	-0.239	<b>&lt;0.001</b>
Enerji	-0.047 (-0.059- -0.034)	-0.160	<b>&lt;0.001</b>
Günlük Yaşam Becerilerinden Hoşnut Olmak	-0.045 (-0.057- -0.032)	-0.154	<b>&lt;0.001</b>
Kendinden Hoşnut Olmak	-0.042 (-0.054- -0.030)	-0.154	<b>&lt;0.001</b>
Diğer kişilerle Olan İlişkilerden Hoşnut Olmak	-0.013 (-0.023- -0.003)	-0.053	<b>0.012</b>
Para	-0.005 (-0.015 - 0.005)	-0.020	0.307
Yaşanılan Evin Koşulları	-0.001 (-0.011 - 0.009)	-0.005	0.819
<b>Toplam</b>	<b>-0.029 (-0.037 - -0.022)</b>	<b>-0.163</b>	<b>&lt;0.001</b>

GA: Güven aralığı

\*İlişkili faktörler (yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, gelir getirici bir işte çalışma durumu, aile gelir durumu, sigara, alkol, egzersiz ve vücut kitle indeksi) kontrol edildi.

ilişkili faktörler kontrol edildikten sonra her bir kronik hastalık için bakıldığında; hipertansiyon (p=0.039), diyabet (p<0.001), kalp ve damar hastalığı (p<0.001), kronik akciğer hastalığı (p=0.002), romatizmal hastalık (p<0.001), ruhsal durum bozukluğu (p=0.002), kanser (p<0.001) ve inme/felç (p<0.001) ile EUROHIS-QOL-8 ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ilişki

saptandı. İlişkinin en fazla kalp/damar hastalığı ve inme/felçli hastalarda olduğu saptandı. Çalışma grubunu oluşturanların EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden aldıkları toplam puanın hekim tanıli kronik hastalıkları ile ilişkisini gösteren çoklu lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 4'te verildi.

**Tablo 4.** Çalışma grubunu oluşturanların kronik hastalık varlığında EUROHIS-QOL-8 ölçeğinden aldıkları puanların hekim tanıli kronik hastalıklar ile ilişkisini gösteren çoklu lineer regresyon analiz sonuçları

Hekim Tanılı Kronik Hastalık	EUROHIS-QOL-8 Ölçeği Toplam Puan			p
	Median (min-max)	Standardize olmayan beta	Standardize beta	
		$\beta$ (%95 GA)	$\beta$	
Hipertansiyon	27 (8-40)	-0.008 (-0.015- 0.000)	-0.042	<b>0.039</b>
Diyabet	27 (8-40)	-0.014 (-0.022- -0.006)	-0.071	<b>&lt;0.001</b>
Kalp ve Damar Hastalığı	26 (8-40)	-0.022 (-0.031- -0.013)	-0.094	<b>&lt;0.001</b>
Kronik Akciğer Hastalığı	27 (9-39)	-0.017 (-0.028- -0.006)	-0.058	<b>0.002</b>



Tablo 4. Devamı

<b>Hiperlipidemi</b>	27 (15-40)	-0.011 (-0.023- 0.000)	-0.036	0.054
<b>Romatizmal Hastalıklar</b>	26 (14-40)	-0.027 (-0.040- -0.015)	-0.081	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ruhsal Durum Bozukluğu</b>	25 (12-38)	-0.024 (-0.039- -0.009)	-0.059	<b>0.002</b>
<b>Kanser</b>	25 (11-36)	-0.036 (-0.054- -0.018)	-0.074	<b>&lt;0.001</b>
<b>İnme/Felç</b>	24 (12-36)	-0.052 (-0.074- -0.030)	-0.087	<b>&lt;0.001</b>

GA: Güven aralığı \*İlişkili faktörler (yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, gelir getirici bir işte çalışma durumu, aile gelir durumu, sigara, alkol, egzersiz ve vücut kitle indeksi) kontrol edildi.

### TARTIŞMA

Aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık ve yaşam kalitesi ilişkisinin EUROHIS-8 ölçeği ile değerlendirildiği çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Çalışmada EUROHIS-8 ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığında olumsuz olarak etkilendiği ve bu durumun yaşam kalitesine etkili faktörlere göre düzeltildikten sonra da (para ve yaşanılan evin koşulları alt boyutları dışında) ilişkisinin devam ettiği bulundu. Yaşam kalitesi kişinin yaşam beklentisine göre farklılık gösterebilir. Günümüzde beklenen yaşam süresinin artmasıyla kronik hastalık ve multimorbidite kavramları yaşam kalitesi açısından gittikçe önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, ASM'lerde kronik hasta takip sürecinde bir gösterge olarak ele alınması gereken konulardandır.

Çalışmada en sık bildirilen hekim tanıli kronik hastalık hipertansiyon (%33.3) olarak bulundu. Daha sonra sırasıyla diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, hiperlipidemi, romatizmal hastalıklar, ruhsal durum bozuklukları, kanser ve inme/felç gelmekte idi. Kanada, İsveç ve İsrail'de yapılan çalışmalarda da en sık bildirilen hastalık hipertansiyon (%11-47) iken diyabet, artrit, demans ve kalp yetmezliği gibi hastalıklar daha sonraki sıralarda bildirilmekteydi.<sup>23-26</sup> Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir.<sup>27,28</sup>

Multimorbidite; önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>25</sup> Çalışmada multimorbidite

prevalansı %36.2 olarak bulundu. Kanada ve Almanya'da genç yaş grubunda yapılan çalışmalarda multimorbidite prevalansı %12.9-20.3 olarak rapor edilmiştir.<sup>12,25</sup> Altı ülkede ve 42,000 kişide yapılan bir çalışmada genel multimorbidite prevalansı %21.9 olup, Rusya'da en yüksek (%34.7), Çin'de en düşük (%20.3) idi.<sup>29</sup> İsveç'teki yaşlılarda yapılan çalışmada multimorbidite prevalansı %54.8 ve multimorbiditesi olan bireylerde hastalık ortancası 3 olarak rapor belirtilmiştir.<sup>24</sup> ABD'de 55 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %64.8'inde 1-3 ve %18.7'sinde 4 ve üzeri hekim tanıli kronik hastalık varlığı rapor edilmektedir.<sup>23</sup> Üç Güneydoğu Asya ülkesinde, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada multimorbidite prevalansı Kamboçya'da %60.4, Vietnam'da %40.7, Myanmar'da %35.5 olarak bildirilmiştir.<sup>34</sup> Bireylerin yaşadıkları coğrafya, beslenme, genetik farklılıkları gibi değişkenler ve multimorbidite tanımındaki farklılıklar multimorbidite prevalansındaki farklı sonuçlara sebep olarak düşünülebilir.

Yaşam kalitesi pek çok özellikten etkilenir. Bunların başında yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve gelir durumu gibi sosyodemografik faktörler gelir. Çalışmada yaş artışı ile yaşam kalitesinin azaldığı bulundu. ABD genel nüfusunu temsil eden bir örnekleme yapılan çalışmada yaş artışı ile yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirtilmektedir.<sup>30</sup> Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir.<sup>31-33</sup> Üç ülkeyi kapsayan bir çalışmada, iki ülkede genç

yaşta yaşam kalitesi daha yüksek iken bir ülkede yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.<sup>34</sup> Yaş artışı ile immobilité gibi sağlık sorunlarının, yalnız yaşama gibi yaşam koşullarının ve sağlık problemlerinin arttığı düşünüldüğünde; yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişkinin olması kaçınılmaz bir sonuçtur.

Çalışmada kadınların yaşam kalitesi daha düşüktü. Almanya, ABD ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir.<sup>28,30,31</sup> Üç Güneydoğu Asya ülkesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada Kamboçya’da erkeklerde yaşam kalitesi daha yüksek iken diğer iki ülkede cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır.<sup>34</sup> Çalışmaların yapıldığı toplumların sosyokültürel yapısı, cinsiyete bakış açısı sebebiyle sağlık hizmetine ulaşım, kullanılan ölçüm araçlarının farklılığı ve yaş değişkenine göre kontrol edilme durumu farklı sonuçların sebebi olabilir.

Yaşam kalitesini öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışmadurumu, aile gelir durumu gibi sosyodemografik faktörlerin önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir.<sup>12,28,34</sup> Çalışmada eşi ölmüş veya eşinden ayrı olanlarda, gelir getirici bir işte çalışmayanlarda ve aile gelir durumu kötü olanlarda yaşam kalitesi düşük iken öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktaydı. Almanya’da yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar rapor edilmiştir.<sup>12</sup> Amerika’da yapılan bir çalışmada da öğrenim düzeyi, aile gelir durumu açısından benzer sonuçlar bildirilmiştir.<sup>30</sup> Literatürde yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre incelendiği çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar rapor edilmiştir.<sup>28,30,32,35,36</sup> Güvenli ve etkili sağlık hizmetine erişim, kişisel sağlık algısı ve kültürel çeşitlilik sosyodemografik özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide değişik sonuçların ortaya çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Kronik hastalıklar, düzenli takip ve tedavi gerektiren, seyrinde ortaya çıkan komplikasyonlar ile yaşam kalitesini azaltabilen bir süreçler bütünüdür. Bu çalışmada da hekim tanılı kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi daha düşüktü. Ayrıca bireylerde var olan kronik hastalık

sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmekteydi. Almanya’da yapılan bir çalışmada herhangi bir hekim tanılı kronik hastalığı olmayan bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.<sup>12</sup> Yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada da benzer sonuç bulunduğu bildirilmektedir.<sup>28</sup> İngiltere ve ABD’de yapılan çalışmalarda da kronik hastalık sayısı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki rapor edilmiştir.<sup>30,33</sup> Bir sistematik derlemede de benzer sonuç bildirilmektedir.<sup>2</sup> İsveç’te yapılan bir çalışmada çoklu kronik sağlık problemleri, hem kadınlar hem de erkekler için tüm yaş gruplarında azalmış yaşam kalitesi ile ilişkiliydi.<sup>32</sup>

Kullanılan EUROHIS-8 ölçeği alt alan belirten bir ölçek olmamakla birlikte daha geniş versiyonu olan WHOQOL-BREF ölçeğinde para ve yaşanan evin koşulları maddeleri çevre alt alanında belirtilmektedir. Çalışmada para ve yaşanan evin koşullarının kronik hastalık varlığıyla ilişkisi saptanamadı. Hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmada bireylerin yaşam kalitelerinin tüm alanlarda (fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre) azaldığı, bununla birlikte çevre alanında bu azalmanın diğer alt alanlara göre daha az olduğu bildirilmiştir.<sup>37</sup> Aynı ölçek kullanılarak İran’da yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin sosyal alt alan dışındaki alanları etkilenirken, Gazze’de yapılan başka bir çalışmada ise en az etkilenen alt alanın çevre olduğu rapor edilmiştir.<sup>38,39</sup> Finansal güç hem yaşanan çevre koşulları hem de birçok alanda hizmetlere ulaşımında kolaylık sağlar. Bu durum, kronik hastalık varlığında dahi yaşam standartlarının belli bir seviyenin üzerinde olması halinde, yaşam kalitesinin etkilenemeyeceğini göstermektedir.

Çalışmada en düşük yaşam kalitesi inme/felç hastalarında olduğu saptandı. Bildirilen her bir hastalık ayrı ayrı incelendiğinde hiperlipidemi hariç diğer tüm hekim tanılı kronik hastalıkların yaşam kalitesini azalttığı bulundu. ABD’de yapılan bir çalışmada katılımcılar tarafından belirtilen altı kronik hastalığın (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, astım, amfizem ve inme) hepsinde yaşam kalitesinin azaldığı rapor edilmiştir.<sup>30</sup>

Almanya’da yapılan bir çalışmada romatizmal hastalıklar, depresyon ve kanser ile düşük yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.<sup>12</sup> Hollanda’da yapılan bir çalışmada kronik akciğer hastalığı ve migren varlığında yaşam kalitesi azalmakta iken diğer hastalıklarla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.<sup>40</sup> Yapılan diğer bir çalışmada en düşük yaşam kalitesi kanser hastalarında, ardından kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, kalp ve damar hastalıkları ile artrit ile ilişkiliydi.<sup>34</sup> Hiperlipidemi gibi hastalıklarda, hastalığın asemptomatik seyretmesi, tedaviye uyumun kolay olması, etki ve komplikasyonlarının uzun sürede ortaya çıkması gibi sebepler yaşam kalitesi üzerine etki etmiyorsa olabilir.

### **Sonuç**

Yaşam kalitesi, hasta merkezli sağlık hizmetleri için kullanılabilir çok yararlı bir ölçüttür. Diğer ilişkili faktörlerle beraber multimorbiditenin de değerlendirilmesi bu çalışmayı önemli kılmaktadır. Çalışmada multimorbiditenin yaşam kalitesini azaltan önemli bir sorun olduğu saptandı. Bireylerin özellikle ASM’lerde takiplerinde, kronik hastalıklarının tüm yönleriyle yönetiminde yaşam kalitesinin de ele alınmasının önemli olduğu sonucuna ulaşıldı.

### **Kısıtlılıklar**

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışma belirli bir zaman aralığında ve seçilen belirli ASM’lere başvuran bireylerde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı sürede ASM’lere başvurmayan bireylerin çalışmaya dahil edilememesi nedeniyle elde edilen sonuçlar tüm topluma genellenemez. Ayrıca çalışmanın sadece gönüllü kişilerde yürütülmesi sonuçlar üzerinde seçim yanlılığının bir etkisi olabilir.

Bu çalışmada multimorbidite ve komorbidite ayrımı yapılmamıştır. Ayrıca çalışmada multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisi belirlenirken ele alınan her bir hastalığın katılımcılar üzerinde eşdeğer etkiye sahip olduğu varsayılmaktadır. Hastalıklar zaman içinde iyileşme veya kötüleşme seyri gösterebilir. Bu sebeple farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar saptanabilir. Çalışmanın kesitsel bir çalışma olması sebebiyle multimorbiditenin yaşam kalitesi üzerindeki gerçek etkisini

net olarak anlamak mümkün değildir. Kronik hastalıkların süresi, şiddeti ve seyri hakkında bilgi sahibi olmak, mevcut tıbbi durum hakkında kişinin tedavi alıp almadığı veya tedaviye uyumunu bilmek yaşam kalitesi hakkında daha doğru yorumlama yapmaya sebep olacaktır.

### **Bildirimler**

**Etik Onay:** Çalışmanın yapılabilmesi için etik onay ve gerekli idari izin alındı.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemektedir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan ettiler.

### **Kaynaklar**

1. Rowbotham S, Astell-Burt T, Barakat T, Hawe P. 30+ years of media analysis of relevance to chronic disease: a scoping review. BMC public health. 2020;20(1):1-21.
2. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health and Quality of life Outcomes. 2004;2(1):51.
3. Sağlık İstatistik Yıllığı 2018, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 15.02.2020
4. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. British medical bulletin. 2008;85(1):113-26.
5. Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly’s health in Arak. Indian journal of medical sciences. 2013;67(3/4):70.
6. WHO, Health statistics and information systems, Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030 Erişim adresi: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2015\\_2030/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2015_2030/en/). Erişim tarihi: 07.01.2020
7. Noncommunicable diseases country profiles 2014, Turkey, Erişim adresi: [https://www.who.int/nmh/countries/2014/tur\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/countries/2014/tur_en.pdf) Erişim tarihi: 16.02.2020

8. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design, Public health reviews. 2010;32(2):451.
9. Van Nispen RM, de Boer MR, Hoeijmakers JG, Ringens PJ, van Rens GH. Co-morbidity and visual acuity are risk factors for health-related quality of life decline: five-month follow-up EQ-5D data of visually impaired older patients. Health and quality of life outcomes. 2009;7(1):18.
10. Hunger M, Thorand B, Schunk M, Döring A, Menn P, Peters A, et al. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-age study. Health and quality of life outcomes. 2011;9(1):53.
11. WHOQOL: Measuring Quality of Life, Introducing the WHOQOL instruments Erişim adresi: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. Erişim tarihi: 13.02.2020
12. Wang H-M, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. BMC Public Health. 2008;8(1):246.
13. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. Annals Family Med; 2003.
14. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 23.01.2018
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlığı Merkezleri Erişim adresi: <https://eskisehirism.saglik.gov.tr/TR,39889/aile-sagligi-merkezleri.html>. Erişim Tarihi: 24.01.2018
16. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. International journal of epidemiology. 2005;34(2):316-26
17. Centers For Disease Control And Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System Erişim adresi: [https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2018\\_BRFSS\\_English\\_Questionnaire.pdf](https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2018_BRFSS_English_Questionnaire.pdf). Erişim tarihi: 23.01.2018
18. Eser E, Lağarlı T, Baydur H, Akkurt V, Akkuş H, Arslan E, et al. EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2010;8(3):136-52.
19. Höfelmann DA, Gonzalez-Chica DA, Peres KG, Boing AF, Peres MA. Chronic diseases and socioeconomic inequalities in quality of life among Brazilian adults: findings from a population-based study in Southern Brazil. The European Journal of Public Health. 2018;28(4):603-10.
20. Tolonen H, Wolf H, Jakovljevic D, Kuulasmaa K. The European health risk monitoring project. Review of surveys for risk factors of major chronic diseases and comparability of the results. European Health Risk Monitoring (EHRM) Project. 2002.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk sağlığı Genel Müdürlüğü. Fiziksel Aktivite. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite, erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel-Aktivite/yas-gruplarinda-fiziksel-aktivite/Yetiskinlerde-Fiziksel-Aktivite.pdf>. Erişim tarihi: 05.04.2020
22. World Health Organization. Body mass index Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Erişim tarihi: 23.01.2018
23. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh JJJopr. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. 2004;56(5):497-502.



24. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni LJAjoph. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. 2008;98(7):1198-200.
25. Roberts K, Rao D, Bennett T, Loukine L, Jayaraman GJHp, chronic disease prevention in Canada: research p, et al. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. 2015;35(6):87.
26. Rennert G, Peterburg Y. Prevalence of selected chronic diseases in Israel. Hypertension. 2001;10(8.8):11.2.
27. Tüzün H, Aycan S, Ilhan MN. Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres. Cent Eur J Public Health. 2015;23(3):188-94.
28. Arslantas D, Ünsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). Archives of gerontology and geriatrics. 2009;48(2):127-31.
29. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F, et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? BMC medicine. 2015;13(1):178.
30. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the US general population. Quality of Life Research. 2005;14(10):2187-96.
31. Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O, Holle R. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. European heart journal. 2008;30(4):436-43.
32. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. Quality of Life Research. 2000;9(10):1093-104.
33. Heyworth IT, Hazell ML, Linehan MF, Frank TL. How do common chronic conditions affect health-related quality of life? Br J Gen Pract. 2009;59(568):e353-e8.
34. Pengpid S, Peltzer K. The impact of chronic diseases on the quality of life of primary care patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. Iranian journal of public health. 2018;47(9):1308.
35. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(3):181-9.
36. Mielck A, Vogelmann M, Leidl R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. Health and quality of life outcomes. 2014;12(1):58.
37. Sathvik B, Parthasarathi G, Narahari M, Gurudev K. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. Indian journal of nephrology. 2008;18(4):141.
38. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran Senile Culture House Clubs. Iranian Journal of Ageing. 2008;3(1):26-32.
39. Eljedi A, Mikolajczyk RT, Kraemer A, Laaser U. Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. BMC public health. 2006;6(1):268.
40. Arnold R, Ranchor A, Sanderman R, Kempen G, Ormel J, Suurmeijer T. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Quality of Life Research. 2004;13(5):883-96.